

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°.....

THÈSE 311

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Michel THALER

Né le 22 Mars 1909 à Tulcea (Roumanie)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

**Contribution à l'Etude
du
Cancer du Clitoris**

Président de Thèse : M. PROUST, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17

PARIS (V°)

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N° _____

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Michel THALER

Né le 22 Mars 1909 à Tulcea (Roumanie)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Etude du Cancer du Clitoris

Président de Thèse : M. PROUST, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17

PARIS (V^e)

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOUILLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri.... Pathologie médicale.
 BERNARD E. .. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD ... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES..... Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME
 LANTUEJOL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SEZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT ..
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER Clinique médicale.

MM.

LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLERY-RADOT. Clinique médicale.
 SEZARY
 ECALLE Clinique obstétricale.
 GUENIOT Clinique obstétricale.
 LE LORIER ... Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL.. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

BASSET Clinique chirurgicale.
 BROcq Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 GATELLIER .. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.
 FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PROUST

*Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca*

*Nous le remercions du grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

M. le Docteur GOUVERNEUR

*Chirurgien-Chef du Service d'Urologie
de l'Hôpital Saint-Louis*

*Qui a bien voulu nous inspirer et
nous aider dans la réalisation de cette
thèse.*

A M. le Docteur RICHARD

Radiologue de l'Institut Curie

*Nous le remercions pour les rensei-
gnements d'ordre radiothérapique qu'il
nous a donné.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGES :

MM. les Professeurs OMBREDANNE.

CARNOT.

MATHIEU.

LOUIS RAMON.

LESNE.

EXTERNAT :

MM. les Professeurs DELBET.

J. LEVEUF.

GARNIER.

MM. les Docteurs LEMELAND.

Claude GAUTIER

GOUVERNEUR.

HISTORIQUE

C'est en 1868 que, pour la première fois, Mayer publia dans la *Monatschrift für Gynäkologie* quelques cas isolés de cancer du clitoris.

En 1874, Léger et Cornil publient les premiers cas observés en France dans les Bulletins de la Société Anatomique de Paris.

Arnott, en 1873, apporte quelques contributions à l'étude du cancer du clitoris dans *Transactions of the Pathological Society of London*.

Louradour, en 1894, à Bordeaux, rapporte dans sa thèse une observation de Faguet. Deux travaux importants ont été faits sur le cancer du clitoris.

Björkqvist décrit 69 cas de cancer du clitoris. Jacoby, à son tour, publie 13 observations nouvelles dont deux cas personnels et critique une partie des cas de Björkqvist. Il arrive à totaliser 40 cas d'épithéliomas primitifs et 25 cas douteux.

Basset, en 1912, publie sa thèse inspirée par le professeur Quénu et totalise 147 observations.

Monestier (Lyon 1914), dans sa thèse, publie quelques cas de tumeurs mélaniques du clitoris.

Tessier (thèse de Bordeaux, 1920) rapporte trois

observations nouvelles dues aux professeurs Duvergey, professeur agrégé, Pincetau et Roche.

Stockel et Ossing, de Kiel, publient le résultat de 44 cas traités entre 1900-1920.

Nous apportons, dans cette thèse, un cas inédit, dont nous devons la connaissance à la bienveillance du docteur Gouverneur, chirurgien du Service d'urologie de l'hôpital Saint-Louis, un autre cas inédit du docteur Richard, de l'Institut Curie, et six cas publiés entre 1920-1935 dans différentes revues.

La fréquence du cancer du clitoris est relative, Schülze, de Iéna, a remarqué cinq cas en 30 ans, et Engström deux cas en 20 ans.

ETIOLOGIE

Le cancer du clitoris est un cancer de la vulve, sa localisation seule lui donne un caractère propre. Il s'observe surtout entre 40 et 70 ans.

Les causes du cancer du clitoris sont multiples et discutées.

La leucoplasie est de toutes la plus intéressante et la plus fréquente. Reclus, Bosc, Pervin, Monod, Le Dentu, etc., ont donné de nombreux exemples. La syphilis agit indirectement car la leucoplasie vulvaire est fréquente chez les syphilitiques autant que la linguale.

De nombreux auteurs ont remarqué la transformation des tumeurs bénignes du clitoris en tumeurs malignes.

Winckel a remarqué un cancer du clitoris à la suite d'une verrue de la région clitoridienne. Bertino, d'après Basset, a constaté la dégénérescence néoplasique maligne d'un kyste dermoïde du clitoris. De même, Auvray et Thinh ont publié un cas de cancer du clitoris par transformation maligne d'un nævus pigmentaire.

Boivin et Dugès ont insisté sur les attouchements répétés du clitoris.

Le traumatisme, les rapports sexuels, l'hérédité ont

une action douteuse. Quant au prurit vulgaire (Tasty), c'est un des premiers symptômes du cancer du clitoris.

On a beaucoup insisté, ces derniers temps, sur le rôle de l'ovaire dans le trophisme de l'appareil génital. Stegano a pu observer souvent des cancers du clitoris au moment de la ménopause. Toutefois, on a constaté un cas chez une femme jeune après l'ablation des annexes (Houcke et Bataille).

Plus rarement, le cancer peut se développer sur la cicatrice clitoridienne du post-partum.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le clitoris est revêtu d'un épithélium pavimenteux stratifié. L'épithélioma est donc la variété la plus fréquente.

Le tissu conjonctif de soutien peut être également le siège de tumeurs conjonctives comme le sarcome, le cancer mélanique.

Nous allons décrire ces différentes formes.

L'*Epithélioma* se présente tantôt sous forme de plaque occupant la partie superficielle du derme, tantôt toute l'épaisseur de la muqueuse.

Au début, c'est une plaque dure, fissurée, de la grosseur d'un pois, faisant saillie ou pédiculée.

A la période d'état, c'est une ulcération à bords inégaux, taillés à pic, recouverts souvent d'écailles leucoplasiques. La peau est infiltrée d'un œdème dur.

Deux cas sont à décrire :

a) Forme exubérante, si le fond de la plaie est bourgeonnant.

b) Forme ulcéreuse, quand le cancer ronge en profondeur.

Examen histologique

Du point de vue histologique, deux variétés sont à étudier :

1° L'épithélioma pavimenteux lobulé.

2° L'épithélioma pavimenteux tubulé.

L'épithélioma pavimenteux lobulé est constitué par des cellules épithéliales, pavimenteuses, disposées par couches concentriques, formant des globes épidermiques. L'ensemble des globes épidermiques, qui se trouvent au milieu du tissu conjonctif forment des lobules.

L'épithélioma pavimenteux tubulé est constitué par des cellules pavimenteuses ne subissant pas l'évolution épidermique. Ces cellules sont enfermées dans des cylindres communiquant entre eux et entourés de tissu conjonctif.

Le sarcome du clitoris est une tumeur bosselée, kystique, rouge, saignante; lorsqu'il est ulcéré, il offre l'aspect d'un champignon fongueux, rouge, saignant.

Le cancer mélanique est un épithélioma ou un sarcome formé de cellules à mélanine. Les cellules à granulations mélaniques sont irrégulièrement distribuées.

SYMPTOMATOLOGIE

La malade présente un certain nombre de symptômes constants et particuliers.

Le plus souvent, signe capital, elle souffre de démangeaisons qui la tourmentent, un prurit intense, de cuissons, de douleurs aux aînes et aux cuisses.

Les rapports sexuels deviennent pénibles et même impossibles. La fin de miction est douloureuse. Par suite des démangeaisons, la marche devient difficile, surtout quand la malade rapproche les cuisses.

Plus tard, on peut constater des hémorragies, se réduisant parfois à quelques gouttes de sang, augmentées par le grattage, qui peuvent aboutir à un suintement permanent d'un liquide, légèrement fétide et rosé, provoquant de l'érythème.

A l'examen, on constate dans la région du clitoris, tantôt une plaque dure, hypertrophiée, tantôt une tumeur verruqueuse ou une tumeur en chou-fleur.

Plus tard, une ulcération apparaît à fond sanieux, à bords irréguliers, découpés, saillants, infiltrés d'œdème.

Esnault, en 1911, et Basset en 1912, insistent sur le retentissement ganglionnaire. A la période de début, on

ne trouve pas d'atteinte ganglionnaire. Plus tard, à la période d'état, on peut constater à la palpation, dans le triangle de Scarpa et dans la partie toute antérieure de la fosse iliaque interne, des ganglions plus ou moins gros, durs, mobiles, bien isolés, indolents.

L'adénopathie peut être également de nature inflammatoire ou entourée de périadénite légère.

Le cancer du clitoris envahit les petites et les grandes lèvres, le méat urinaire, le vagin, le périnée, l'anus.

Il existe une forme un peu spéciale d'épithélioma du clitoris à envahissement précoce péri-urétral, qui se manifeste par de la dysurie, des brûlures, des petites hémorragies au moment de la miction.

L'observation du docteur Gouverneur est un exemple.

Enfin, les autres viscères sont atteints par métastase.

La mort peut se produire par cachexie, métastases, phlébite ou embolie.

DIAGNOSTIC

Il faut envisager deux cas :

1° Tumeur du clitoris non ulcérée.

2° Tumeur du clitoris ulcérée.

Tumeur non ulcérée. — Il faut éliminer un sarcome qui apparaît chez des sujets jeunes et a l'aspect pseudo-kystique. Il y a lieu de penser à une tumeur bénigne (papillomes, kystes, fibromes) qui est bien limitée, non indurée, pédiculée.

Tumeur ulcérée. — Le diagnostic est évident.

Le chancre mou ne peut simuler un cancer du clitoris. La multiplicité, la marche aiguë, l'adénopathie précoce et le plus souvent suppurée feront éliminer ce diagnostic.

Le chancre syphilitique simule assez bien le cancer, mais il est plus suintant, plus superficiel, et s'accompagne d'une réaction ganglionnaire caractéristique.

Les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis peuvent être rarement confondus avec le cancer. L'aspect des ulcérations à bords taillés à pic, le mode de groupement circiné, caractérisent ces manifestations.

L'ulcère tuberculeux est rare et la symptomatologie toute différente : bords déchiquetés ou décollés, et le fond présentant des granulations grises ou jaunes.

Esthiomène. — L'ulcération, dans ce cas, ne présente pas d'induration, elle est blanchâtre. L'évolution se fait par des alternatives d'extension et de réparation.

La leucoplasie vulvaire est la cause principale du cancer, d'où l'intérêt de saisir le moment de la transformation cancéreuse.

TRAITEMENT

Deux sortes de traitement se disputent actuellement les faveurs des médecins :

Le traitement chirurgical.

La radiothérapie.

Le choix du traitement est une question de préférence dans chaque cas, le cancer du clitoris étant rare et les différents cas n'étant pas superposables.

Le traitement opératoire consiste à enlever par une première intervention la tumeur en un bloc et enlever les ganglions inguinaux et cruraux dans un deuxième temps.

Premier temps. — La rachianesthésie est indiquée dans le néoplasme du clitoris. L'opération sera faite au bistouri électrique, qui présente des avantages indiscutables pour obtenir des sections exsangues.

Tracé de l'incision. — Il faut pratiquer une incision en raquette qui, circonscrivant le clitoris, passe sur les petites lèvres et englobe l'urètre.

Il est important de râcler tous les plans présymphysaires jusqu'au pubis. En profondeur il faut dépasser largement du côté de l'urètre. On peut enlever 1 à 2 cen-

timètres de l'urètre, la continence étant en général conservée.

Il faut suturer ensuite les bords de la plaie et mécher la région présymphysaire. On procède ensuite à la reconstitution du méat urétral.

L'ablation de la tumeur est précédée ou suivie d'une cystostomie.

Il faut laisser en place une petite sonde de Petzer, qu'on retire au bout de huit jours.

Le deuxième temps. — Deux à trois semaines après la première intervention, on procède au curage ganglionnaire des régions inguinale et crurale. Il faut faire ensuite une hémostase soignée et suturer la plaie.

L'opération en deux temps est préférable, car elle est moins shokante et le risque d'infection de la région ganglionnaire moindre.

Dans l'opération en un temps, par la section des vaisseaux lymphatiques gorgés de microbes, l'opérateur risque l'infection de la plaie et la cellulite inguino-crutale. Il est préférable donc d'enlever les ganglions à froid. La cicatrisation sera rapide et sans danger d'infection. Les résultats opératoires sont fonction de la date à laquelle on a opéré. On peut espérer une guérison complète dans tout cancer opéré précocement.

Traitement radiothérapique. — Au point de vue radiothérapique il y a lieu de considérer la lésion primitive d'une part et d'autre part les adénopathies.

La lésion primitive peut être traitée soit par roëntgenthérapie pure, au moyen de rayons très filtrés et en

utilisant un haut voltage et une assez grande distance anticathode-peau (par exemple 200 kilovolts, 2 millimètres de cuivre ou de zinc, une distance de 50 centimètres au moins). Cette méthode peut suffire dans les cas peu étendus, peu épais, et dans lesquels l'histologie a démontré que l'on avait affaire à un épithélioma bien radiosensible.

Dans les autres cas il y a gros intérêt à recourir à la curiethérapie, soit par appareil de surface moulé, soit beaucoup mieux, à la radiumpuncture. Quand la lésion remonte autour de l'orifice urétral il est nécessaire de faire le cathétérisme de l'urètre avec une sonde dure, afin de ne pas implanter d'aiguilles dans la paroi du canal.

Dans la plupart des cas il faut associer röntgen et curiethérapie.

Pour les ganglions, ou bien l'adénopathie est mobile et bien opérable, alors il faut recourir à la chirurgie seule, ou bien les ganglions forment une masse adhérente, alors il est nécessaire de recourir soit à la röntgenthérapie pénétrante, soit à la télécuriethérapie. Comme il n'y a pas possibilité de faire sur les régions ganglionnaires un traitement par feu croisé qui soit efficace, les résultats ne sont pas brillants, mais souvent on obtient une diminution telle des ganglions que, la réaction terminée, l'opération devient facile. Comme il est de règle en pareil cas, il ne faut pas opérer trop tôt après les irradiations, par suite des hémorragies fort gênantes qui se produiraient, ni opérer trop tard par suite des formations scléreuses qui seraient un autre

obstacle pour le chirurgien. Un intervalle de 3 à 4 semaines entre la fin des irradiations et l'intervention est nécessaire.

PRONOSTIC ET EVOLUTION

Le cancer du clitoris est fatal, à brève échéance, si l'on n'intervient pas chirurgicalement. D'après Pozzi, la mort survient deux ou trois ans après l'apparition de l'ulcération; entre 6 à 15 mois d'après Schmidlechner.

La statistique établie par le professeur Basset, donne 23,3 pour 100 de guérisons définitives et 61,8 pour 100 de mort par récurrence ou généralisation.

En tout cas, après extirpation large de la tumeur et de tout le territoire lymphatique et ganglionnaire, on peut espérer un meilleur résultat et une guérison complète.

OBSERVATIONS

*Première observation de M. le docteur Gouverneur,
chef du Service d'urologie de l'hôpital Saint-Louis*

M^{me} F..., âgée de 67 ans, est adressée à Saint-Louis par le docteur Sénèque. Depuis deux à trois mois, elle a remarqué des traces de sang en urinant et un suintement séro-sanglant au niveau de la vulve. Elle n'accuse aucune douleur. Le début clinique est difficile à préciser.

Il s'agit d'une malade maigre, en bonne santé.

Examen local. — En écartant les grandes lèvres, on découvre une tumeur ulcérée, irrégulière, du volume d'une pièce de cinq francs, située au niveau du clitoris, mais englobant l'orifice urétral. De couleur rouge foncé, la tumeur descend en bas jusqu'à la partie supérieure des petites lèvres et englobe en partie la paroi inférieure de l'urètre au-dessous du méat.

A la palpation, la tumeur est dure et saigne assez facilement.

Au toucher vaginal, les parois du vagin sont souples, mais on sent sur un centimètre environ le canal de l'urètre induré.

Une sonde béquille n° 18 peut passer, fait saigner, mais les urines sont claires.

Examen des régions inguinales. — La malade a été opérée des deux côtés de hernie crurale. Il existe une cicatrice un peu rétractile. On sent un petit ganglion dur, indolent, roulant sous les doigts, du volume d'une noisette.

Une biopsie est pratiquée, qui montre la nature épithéliomateuse de la tumeur.

L'état général est bon. Les autres appareils sont normaux.

La première intervention est pratiquée le 2 juin 1933.

1° On fait une cystostomie : ouverture de la vessie et drain de Petzer.

2° Incision urétrale partant de la région présymphysaire et circonscrivant le clitoris et le méat urétral. Au bistouri électrique, on racle tous les tissus présymphysaires jusqu'au pubis. On dénude le bord inférieur de la symphyse et on excise en partie les petites lèvres. Dissection de l'urètre, section en zone saine à un demi-centimètre du méat. Suture du bord inférieur et des faces latérales de l'urètre au vagin. On termine par la suture des plans sous-cutanés puis de la peau. Le méat est reconstitué dans les trois quarts inférieurs. Mèches, qu'on tasse mollement dans la région présymphysaire et dans le vagin.

Examen hystologique. — Il s'agit d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire infiltrant abondamment le tissu conjonctif, à mitoses nombreuses.

Envahissement des gaines lymphatiques périnerveuses.

La deuxième intervention est pratiquée le 24 octobre 1933 et consiste dans le curage des ganglions inguinaux.

Incision inguinale au niveau d'une ancienne cicatrice de hernie crurale. On excise en un bloc tout le tissu cellulo-adipeux avec plusieurs ganglions, dont l'un est de la taille d'une grosse noisette. Evidement complet du creux inguinal, suivi d'hémostase. On suture aux crins et agrafes.

Ex-hystologique des ganglions inguinaux. — Infiltration épithéliomateuse à type malpighien intermédiaire et mitoses très nombreuses.

On remarque la sclérose très prononcée de la trame et la disparition à peu près totale du tissu lymphoïde.

Deuxième observation

Malade traitée en 1926 par le docteur Richard, de l'Institut Curie.

Epithélioma pavimenteux stratifié envahissant le clitoris, les petites lèvres, remontant autour de l'orifice urétral et sur la paroi vaginale antérieure sur une hauteur de 4 centimètres au-dessus de l'orifice urétral.

Anesthésie rachidienne. Sonde dans l'urètre.

Pose de 12 aiguilles de radium implantées dans la lésion et à son pourtour.

Les aiguilles de la périphérie sont suturées à la muqueuse, les aiguilles du centre de la lésion ne peuvent être suturées, mais maintenues par tamponnement et par réunion de leurs fils de traction aux fils des aiguilles périphériques.

Dose donnée : 28 mcd. en 4 jours.

Il n'a pas été fait des R. X. Ablation chirurgicale des ganglions.

Après une période de guérison apparente, la récurrence s'est produite dans la région pubienne et dans la région opératoire.

Cette récurrence aurait pu être vraisemblablement évitée si l'on avait adjoint un traitement par R. X. au traitement par Ra.

Troisième observation

CANCER DU CLITORIS (PAVLOVSKY)

« Semana Medica », 14 août 1930 (Argentine)

La malade, âgée de 60 ans, est admise dans la salle 6 de l'hôpital Ramos Mejia.

Antécédents héréditaires : sans importance.

Antécédents personnels : Deux grossesses normales.

Vers le milieu de 1927, on découvre au niveau du clitoris et de l'urètre une tumeur peu douloureuse qui fut diagnostiquée : épithélioma du clitoris avec invasion de l'orifice externe de l'urètre.

En février 1928, elle fut opérée dans un sanatorium. Résection du clitoris, de la paroi antérieure du vagin et de l'urètre. Ablation ganglionnaire. Cystostomie et sonde hypogastrique.

L'examen histologique de la pièce montre sa malignité.

Le 8 septembre 1929, M. Pavlovsky procède à la reconstruction de l'urètre, resté ouvert après l'opération de février 1928.

Vers le 15 novembre 1929 : guérison, la miction est spontanée.

Quatrième observation

CANCER DU CLITORIS (PAOLI)

Société de Chirurgie de Marseille, 2 mars 1931

Tumeur développée sur une plaque de leucoplasie vulvaire.

Traitement : par extirpation large faite avec le bistouri diathermique. 5 ligatures. Action hémostatique du bistouri diathermique.

Cinquième observation

EPITHELIOMA PRIMITIF DU CLITORIS

HOUCKE et BATAILLE (Lille)

(*Gazette des Praticiens*, 15 mai 1925)

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du professeur Gandier, une malade de 45 ans, qui accuse un prurit intermittent, calmé par des bains de siège et par le grattage. En janvier 1925, elle consulte un médecin qui constate à la vulve une tumeur non

ulcérée de la grosseur d'un pois, au voisinage du clitoris. Elle entre à l'hôpital le 25 mars 1925; trois semaines auparavant, une ulcération s'est produite.

Rien dans les antécédents.

On remarque, dans la région clitorido-nymphéale gauche, une ulcération ovulaire surélevée, reposant sur une tumeur. Les bords sont taillés à pic et le fond rougeâtre, saignant au contact. L'urètre est libre. Pas de plaques leucoplasiques sur la vulve et le vagin. Il existe des ganglions inguino-cruraux, bilatéraux, toutefois plus volumineux à gauche.

La malade accuse une certaine gêne à la marche. L'examen des autres appareils, B. W., albumine, sucre négatifs. La malade est opérée par M. Gaudier, le 29 mars, qui pratique une incision allant de l'épine iliaque à l'épine du pubis, dissection des ganglions et du tissu graisseux, une sonde placée dans la vessie, la tumeur, les ganglions inguinaux, présymphysaires et cruraux internes, tissu cellulaire, tout est enlevé en bloc. Plaie drainée, sonde dans la vessie. Actuellement (1925) la plaie est presque complètement cicatrisée.

La pièce montre un cancer en surface, constitué de bourgeons épithéliaux, cellules à gros noyaux, un stroma conjonctif réduit.

Vers la surface de l'ulcération, on observe des globes cornés et formations intriquées en bulbe d'oignon, épines unissant les cellules néoplasiques. L'examen des ganglions n'a pas montré de lésions cancéreuses.

Sixième observation

EPITHELIOMA SPINO-CELLULAIRE DU CLITORIS

Annales d'Anatomie Pathologique, décembre 1929, T. 6

par HAMANT, CORNIL, BODART et MOSINGER

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un cas d'épithélioma spino-cellulaire du clitoris remarquable par l'extrême lenteur de son développement.

Il s'agit d'une femme de 65 ans qui, au niveau du clitoris, présentait une petite tumeur bourgeonnante, irrégulière, qui fut excisée par un chirurgien, sans ablation large des tissus voisins, sans curage ganglionnaire. L'analyse histologique, dont nous n'avons pas de détails plus précis, montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire. Des circonstances empêchent une intervention plus complète.

Quatre ans plus tard, la malade revient dans le service du professeur Hamant avec une petite récurrence dans la grande lèvre gauche, au voisinage de l'ancienne cicatrice. On pratique alors une exérèse étendue avec curage ganglionnaire bilatéral. Les suites des opérations sont normales. Pas de récurrence depuis trois mois.

Examen histologique de la récurrence. — Epithélioma spino-cellulaire à globes épidermiques qui, par endroits, dégrade en trabécules de forme irrégulière.

Le point le plus intéressant est le phénomène de résorption extraordinaire des globes cornés, qui pres-

que tous sont envahis par des lymphocytes, des polynucléaires et, par endroits, des cellules épithéloïdes et des cellules géantes. Cette résorption transforme par endroits les globes cornés en véritables néo-cavités centrales, explique peut-être la lenteur de l'évolution du processus cancéreux.

Septième observation

CANCER DU CLITORIS PAR TRANSFORMATION MALIGNÉ D'UN NŒVUS PIGMENTAIRE

par MM. AUVRAY et THINH (février 1921)

Mme T..., 39 ans, est entrée à l'hôpital Laënnec le 28 octobre 1920, dans le service du docteur Auvray.

Il y a trois mois, à l'occasion d'un prurit vulvaire déterminant des lésions de grattage et traité par des bains locaux, elle a découvert pour ainsi dire par hasard, la présence d'une saillie charnue, rougeâtre, de la dimension d'une petite lentille et coiffant la partie supérieure du clitoris. Celle-ci devient douloureuse et augmente rapidement de volume. A la fin du troisième mois, elle a déjà acquis les dimensions d'une noisette; la peau, à son niveau, s'ulcère, des hémorragies fréquentes et abondantes apparaissent. Vers le cinquième mois, les ganglions inguinaux des deux côtés se prennent, augmentant progressivement de volume au point de gêner la marche.

Vers le neuvième mois, la tumeur a acquis les dimen-

sions d'une grosse noix. Sa surface est irrégulière, bosselée et granuleuse par places, présentant des érosions suintantes saignant facilement et des zones violacées ou noirâtres. Sa consistance est ferme. Sa base assez mobile dans tous les sens, empiète à la fois sur le clitoris, la commissure antérieure de la vulve et la grande lèvre gauche. Un intervalle de peau saine la sépare nettement en bas du méat urinaire. A l'examen gynécologique, on trouve un peu de métrite du col, pas de métastases décelables du côté du foie, des reins ou des autres organes.

Diagnostic : Cancer du clitoris, peut-être sarcome.

Opération, le 8 novembre 1920, par le docteur Auvray.

Ablation en bloc des ganglions inguinaux, des lymphatiques intermédiaires et de la tumeur, l'extirpation étant faite aussi largement que possible. Suites opératoires normales.

Examen histologique. — A l'œil nu, on a l'impression d'un sarcome mélanique pur.

Sur une coupe médiane de la tumeur, le revêtement épidermique est seulement épaissi avec, en un point, une ébauche de globe épidermique. Au-dessous de l'épiderme, on trouve une infiltration diffuse de cellules polygonales, d'apparence épithéliale, à noyau arrondi ou ovulaire, présentant par endroits des figures de kariokinèse; quelques-unes renferment des grains de pigment mélanique. Pas d'épines cellulaires. Atteinte

profonde des ganglions farcis de matière mélanique, à centre dégénéré et transformé en liquide noirâtre.

C'est un cancer du clitoris développé aux dépens des cellules hétérotipiques d'un nœvus.

Huitième observation

SARCOME MELANIQUE DU CLITORIS

par Frances IVENS (1927)

*in Clinical Lecturer in Obstetrics and Gynaecology
University of Liverpool*

Je crois que ce cas est extrêmement rare.

La malade était une veuve, ayant environ 58 ans et ayant passé la ménopause depuis dix ans; elle avait l'air bien portante, mais elle était très forte. Elle avait subi une opération pour des calculs de la vésicule biliaire quelques années auparavant et elle se plaignait d'avoir des hémorroïdes, c'est pourquoi elle consulta un médecin.

Elle avait remarqué qu'elle avait, douze mois environ, une petite tumeur sur la partie antérieure de la vulve, mais cela ne l'avait fait aucunement souffrir, ne l'avait même pas gênée et il n'y avait pas eu de suppuration.

En l'examinant, on s'aperçut que le clitoris était remplacé par une excroissance molle et nodulaire, pigmentée par places et qui s'étendait sur la lèvre gauche.

Le capuchon du clitoris en recouvrait cette tumeur qui était mobile sur les plans profonds.

Le 16 avril 1925 la tumeur fut excisée en entier. Les ganglions inguinaux étaient normaux.

Dix-huit mois après l'opération son médecin constate qu'il n'y a pas de récurrence.

Examen microscopique. — La tumeur est formée de masses de cellules spino-cellulaires, avec des noyaux bien colorés. Des grains d'un pigment brunâtre sont éparpillés dans le tissu environnant. Cette tumeur est recouverte d'un épithélium mince et stratifié.

Neuvième observation

EPITHELIOMA LOBULE DU CLITORIS

BASSET (Thèse de Paris, 1912)

M^{me} F..., âgée de 59 ans, entre à Cochin pour une grosseur développée au niveau de l'orifice vulvaire.

Pas d'antécédents héréditaires.

Depuis plusieurs années, cette malade ressent de vives démangeaisons et éprouve une sensation de brûlure assez vive au moment des mictions. Il y a trois mois, elle a noté l'apparition d'une petite tumeur développée au niveau du clitoris. Les démangeaisons sont devenues insupportables. Sous l'influence des grattages, apparition de petites ulcérations au niveau de la tumeur et légères hémorragies.

Cette région devient le siège d'abcès répétés qui

s'ouvrent spontanément. A l'examen, on constate que l'orifice vulvaire étroit est surmonté par une saillie volumineuse siégeant au niveau du clitoris. Le méat urétral intact, mais entouré d'un petit liseré rougeâtre. Sa consistance est assez ferme, peu mobile sur les parties profondes.

A la partie moyenne, une ulcération irrégulière, à fond grisâtre, traverse en diagonale la surface de la tumeur; une autre ulcération plus petite se trouve à la partie inférieure de la tumeur. Le reste de la vulve présente un aspect rouge inflammatoire.

Rien sur le reste des organes génitaux.

A la partie supérieure et interne du triangle de Scarpa, des deux côtés, on perçoit plusieurs petits ganglions lymphatiques légèrement hypertrophiés, indurés, non douloureux, mobiles sans péri-adénite, roulant sous les doigts.

Il est porté comme diagnostic : épithélioma primitif du clitoris ayant envahi le capuchon et les petites lèvres, avec début de propagation aux ganglions inguinaux.

On pratique une désinfection de la région et la malade est opérée le 20 juin 1910 par M. le professeur Quénu.

Il extirpe en une seule masse toute la nappe celluloganglionnaire du triangle de Scarpa, des deux côtés. Pour extirper ensuite la tumeur, après une incision transversale qui passe immédiatement au-dessus du méat, il décolle la tumeur de l'urètre, puis de la face antérieure de la symphyse. Suture de la plaie au-dessus du méat et de la plaie vulvaire.

Examen histologique. — Tumeur formée de lobules épithéliaux ayant les caractères de l'épithélioma malpighien.

Les cellules basales ont gardé leur disposition régulière, tandis que les cellules centrales ont une tendance à présenter une disposition concentrique et à former de nombreux globes épidermiques kératinisés ou non. Trois ganglions examinés n'ont pas présenté de lésions néoplasiques.

Le 10 octobre 1910, M. Basset pratique une deuxième opération pour recouvrir les parties restées à nu.

Le 28 décembre 1911, soit dix-huit mois après l'opération, la malade continue à se bien porter. Il n'existe aucune trace de récurrence locale ni ganglionnaire.

Dixième observation

CANCER MELANIQUE DU CLITORIS

MONESTIER (Thèse de Lyon, 1914)

Mlle J..., 61 ans, lingère. Pas d'antécédents héréditaires. Antécédents personnels : réglée à 18 ans. Elle a présenté à ce moment des érysipèles à répétition. En 1910, traitée pour un lupus du nez. En 1911, récurrence qui guérit en laissant une légère rougeur à la partie antérieure du nez. Ménopause en 1906. Elle présente d'abondantes pertes blanches.

Elle vient le 3 novembre 1913 consulter dans le service du professeur Polloson.

Il y a six mois, en procédant à sa toilette, elle a constaté dans le pli inguinal gauche une tumeur grosse comme une petite fraise, tumeur dont elle put constater l'accroissement continu et qui l'empêche bientôt de s'asseoir. Il y a environ quatre mois, elle remarqua, appendue à la vulve, une petite tumeur de la grosseur d'un pois, saignant facilement au toucher. Mais elle y attache si peu d'importance qu'elle vient seulement pour la tumeur ganglionnaire; depuis quelques jours cette tumeur est, en effet, devenue douloureuse.

Examen. — On constate une tumeur ganglionnaire inguinale gauche, volumineuse, avec empâtement. Cette tuméfaction, de la longueur de la main, est horriblement douloureuse. A droite, nous trouvons un ganglion du volume d'une noisette.

En écartant les grandes lèvres, on voit dans la partie supérieure gauche de la vulve une tumeur de la taille d'un petit œuf de poule, tumeur pédiculée noire, saignant facilement, et indolore. Le point d'implantation est juxta-clitoridien. L'aspect microscopique est celui d'une tumeur mélanique.

Horriblement douloureux, le toucher vaginal est impossible à pratiquer. Opération le 5 novembre. Excision au thermo-cautère de la tumeur et d'un lambeau d'épithélium de la muqueuse : suite favorable. Cicatrisation rapide. La masse ganglionnaire gauche a diminué; on peut délimiter nettement la tumeur de la gros-

seur d'un œuf de poule et n'adhérant ni à la peau ni au plan sous-jacent.

A droite, par contre, la tumeur continue à grossir et, huit jours après l'intervention, elle atteint la grosseur d'un œuf de pigeon. On traite, sans résultats apparents, les ganglions par la radiothérapie. Le 20 novembre, la malade quitte l'hôpital. L'état général est bon, mais les métastases ganglionnaires continuent à évoluer.

Examen histologique : Cancer mélanique.

CONCLUSIONS

1° Le cancer du clitoris n'est qu'une des variétés topographiques du cancer de la vulve. Le plus souvent, il est d'origine épithéliale, mais on a observé également des cas de sarcome et de cancer mélanique.

2° Il existe une forme un peu spéciale d'épithélioma du clitoris à envahissement précoce péri-urétral, qui se manifeste par de la dysurie, des brûlures, des petites hémorragies au moment de la miction.

3° Le diagnostic du cancer du clitoris est facile à faire. Il faut éliminer dans la forme non ulcérée, les tumeurs bénignes : papillomes, kystes, fibromes, etc., et dans la forme ulcérée : le chancre syphilitique, les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis, l'ulcère tuberculeux.

Il est indispensable de faire une biopsie qui montrera la nature cancéreuse de la tumeur.

4° On a le choix entre deux traitements : l'intervention chirurgicale et la radium ou radiothérapie.

a) Le traitement opératoire doit être fait en deux temps.

Le premier temps : ablation en un bloc de toute la zone malade, circonscrivant le clitoris, les tissus pré-symphysaires, jusqu'au pubis et l'urètre.

Dans le cas d'envahissement du méat urétral, il suffit d'enlever un à deux centimètres de l'urètre, ce qui évite l'incontinence, l'extension ne se faisant que peu en profondeur et pas du côté de l'urètre.

Les avantages du bistouri électrique sont indéniables. L'ablation est précédée ou suivie d'une cystostomie avec sonde de Petzer, qui réalise ainsi une asepsie plus parfaite et une cicatrisation rapide par première intention.

Le deuxième temps consiste en l'ablation des ganglions inguinaux et cruraux vingt à trente jours après la première intervention.

Cette méthode en deux temps remplace avantageusement l'ablation en bloc de la tumeur et des ganglions préconisée autrefois. L'opération en un temps est plus shokante et le risque d'infection de la région ganglionnaire plus grand.

Les résultats opératoires sont facteurs de la précocité de l'opération et de l'ablation complète de la tumeur et de tout le territoire lymphatique et ganglionnaire.

b) La radiothérapie et la radiumthérapie peuvent

donner des bons résultats dans les cas inopérables. Le traitement radiumthérapique pré-opératoire est inutile. De même, sur les ganglions, le traitement chirurgical est préférable.

VU : *Le Doyen :*

G. ROUSSY.

VU : *Le Président de la Thèse :*

PROUST.

VU et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMANINI. — *Cancer du clitoris et adenomyome de l'utérus* (*Annale di ostetica*, avril 1928).
- AUVRAY et THINH. — *Cancer du clitoris* (*Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie de Paris*, février 1921).
- BASSET. — *Epithélioma primitif du clitoris. Son retentissement ganglionnaire et son traitement opératoire* (Thèse de Paris, 1912).
- BORDÈRES. — *Tumeur maligne du clitoris* (Thèse de Montpellier, 1905).
- BRINDEL. — *Epithélioma primitif du clitoris* (Thèse de Paris, 1908).
- BOYER. — *Le cancer primitif de la vulve*, 1908.
- CLERMONT et TINTBAL. — *Epithélioma mélanique du clitoris* (*Toulouse médical*, 15 mai 1910).
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de gynécologie*.
- DUVERGEY. — *Bulletin de la Soc. anatom.-clinique*, Bordeaux, 1911.

FILEUX. — *Du cancer primitif de la vulve* (Thèse Paris, 1902).

GAERTNER. — *Die operation bei carcinom. der äusseren Genitalien des Weibes* (Thèse Fribourg-en-Brisgau, 1905).

HAMANT et CORNIL. — *Annales d'Anatomie Path.* (décembre 1929).

HOUCKE et BATAILLE. — *Gazette des praticiens* (Lille), 15 mai 1925.

IVENS F. — *Melanotic Sarcoma of Clitoris* (J. Obs. et Gynec. Brit. Emp., 1927).

LE DENTU et DELBET. — *Chirurgie clinique et opératoire*, 1901.

MARCUS. — *Histologische Befunde an Zwei Vorbestrahlten und dann radical operierten Vulvaklitoris Karzinomen* (Zeitsch. f. Geburths u. Gynäk., 1928).

MONESTIER. — *Recherches cliniques sur les tumeurs mélaniques de la vulve* (Thèse de Lyon, 1914).

MAUCLAIRE. — *Evidem. lymph. bilat. et néopl. en bloc pour cancer du pénis et du clitoris* (Trib. méd., 10 octobre 1903).

OTTOW. — *Fibrome du clitoris* (Zentralblatt f. Gynäk., août 1926).

PAOLI. — *Cancer du clitoris* (Soc. de chirurgie de Marseille, mars 1931).

RATTOLI O. — *Angiolymphoperithelioma* (Arch. di Ostet. et Ginec., décembre 1931).

PAYLOSKY. — *Reconstruction de l'urètre à la suite d'opération de cancer du clitoris* (Semana medica, août 1930).

PETIT-DUTAILLIS. — *Traitement du cancer de la vulve* (Société d'Obstétrisme et Gynéc. de Paris, déc. 1931).

PIANÈSE F. — *Cancer du clitoris et leucoplasie* (Arch. di Ostet. e Ginec., août 1929).

STEEL. — *Cancer primitif du clitoris* (Internat. clin. Phila., 1914).

TESSIER Albert. — *Des tumeurs malignes primitives du clitoris* (Bordeaux, 1920).

WARTINGTON. — *Neoplasmata of the clitoris*, 1922.

